

## KAN TERAPEUTEN ÆNDRE PATIENTENS PSYKE?

Birgitte Diderichsen

*I artiklen diskuteres det psykoanalytiske begreb om modstand. Freud afgrænsede modstanden som et klinisk begreb, der er afgørende i forbindelse med, hvorvidt og hvordan en ændring af patientens personlighed kan opnås igennem den analytiske behandling. Modstanden mobiliseres i terapien, fordi den forbinder sig med de kræfter, som oprindeligt skabte patientens sygdom. I sine senere år nåede Freud frem til den opfattelse, at modstanden repræsenterer patientens forsøg på at beskytte sit svare jeg. I artiklen foretages en uddybning af dette synspunkt under inddragelse af Ferenczis analyser af de såkaldte karakterforstyrrelser og med baggrund i nyere psykoanalyse diskuteres, hvorvidt modstanden må ses som et fænomen, der ikke alene har med patienten at gøre, men som opstår i den terapeutiske relation som et produkt af terapeutens holdning til patienten. Et synspunkt, som også får konsekvenser for den terapeutiske teknik.*

I et af sine sidste skrifter *Den endelige og uendelige analyse* udtrykker Freud en pessimisme m.h.t. hvorvidt det er muligt at ændre på patientens psyke (Freud, 1937c). Selv et dybtgående arbejde med patientens forsvar og neurotiske konflikter efterlader uanalyserede rester, som ikke lader sig modificere på trods af en intensiv indsats. Freud taler om det *grundfjeld* i psyken, som analysen før eller siden støder ind i og som ikke synes at være til at rokke ved. Han opfatter dette grundfjeld som værende af biologisk karakter. Ganske særligt hos tvangsneurotikerne syntes »grundfjeldet« at give anledning til uoverstigelige vanskeligheder for analysen.

Disse refleksioner, som Freud gør sig i sine sidste år, synes tildels foranlediget af en kritik fra hans tidligere analysand og senere nære ven og kollega Sandor Ferenczi, som gav udtryk for, at Freud aldrig havde gjort hans analyse færdig. Ferenczi kritiserede Freud for at have overset de aspekter i den terapeutiske relation, som drejede sig om den negative overføring og om den del af relationen, som var den reale venskabelige relation, som fungerede parallelt med overføringsrelationen.

På baggrund af, at Ferenczi som analytiker udviklede en arbejds metode og nogle teknikker, som afveg ganske meget fra Freuds arbejde, kan

man se det sådan, at Ferenczi gik løs på grundfjeldet med teknikker, som Freud aldrig ville have godtaget som tilhørende analysen.

I det følgende skal der argumenteres for, at »det psykiske grundfjeld« har at gøre med patientens hjælpeløse jeg og den narcissisme, som knytter sig hertil. Freud gør i artiklen *Hemmung, Symptom und Angst* (1926) opmærksom på betydningen af jeg'ets hjælpeløshed for forståelsen af modstanden. Modstanden er nært forbundet med patientens psykopatologi, idet den opstår af de samme kræfter, som har skabt patologien. Modstanden vil derfor også manifestere sig, når terapeuten forsøger at ændre patientens psyke.

Uanset at Freud mest interesserede sig for modstanden således som den optrådte i neuroserne, var han opmærksom på, at modstand også fandtes ved andre tilstande end hysteri og tvangsneurose, nemlig ved psykotiske tilstande (Freud, 1896). Modstanden udgør en ganske særlig udfordring i arbejdet med regressive patienter – personlighedsforstyrrelser og psykoser – fordi disse kendetegnes ved en særlig stærk modstand som følge af et svagere og dermed mere hjælpeløst jeg end det, vi ser i neuroserne. Dette har konsekvenser for såvel den terapeutiske teknik som for den holdning, terapeuten må indtage over for patienten. Ikke mindst bliver det vigtigt at stille spørgsmålet om, hvordan modstanden skabes – opstår den fra patientens psykopatologi eller er det snarere terapeutens holdning til patienten og en evt. forfejlet teknik, der skaber modstanden? Til belysning af disse spørgsmål vil jeg tage mit udgangspunkt i Sandor Ferenczis erfaringer, idet han var en af de første, der bidrog med en dybtgående analyse af patologien i de såkaldte »karakterforstyrrelser«, dvs. nutidens personlighedsforstyrrelser, og som på denne baggrund foreslog en ændret teknik, som bedre imødekom disse patienters særlige behov. Endvidere rejste han også spørgsmålet om, hvorvidt modstanden skulle ses som patientens problem eller snarere terapeutens. Ferenczis tidlige overvejelser vil blive sat i perspektiv af nyere teoriudvikling og interventionsformer i henseende til vanskeligt behandlelige forstyrrelser, hvor den freudske teknik ikke kan stå alene.

## Modstanden

Freuds pessimisme m.h.t. muligheden for ændring gennem analyse har baggrund i den erfaring med neurotikerne, at analysen før eller siden nåede til et punkt, hvor fortsat analyse ikke syntes at bringe analysanden videre. Allerede i 1914 havde Freud beskrevet to fænomener, som udgør de kræfter, som virker imod analysens fremgang, nemlig gentagelses tvangen og modstanden (Freud, 1914g). Patienten synes at gentage det fortrængte frem for at reproducere det som erindring, m.a.o. patienten agerer i stedet for at erindre og denne gentagelse har karakter af en tvang. Gentagelsestvangen er et udtryk for modstand mod den terapeutiske æn-

dringsproces og jo større modstanden er, des mere erstattes erindren af ageren. Denne modstand mod ændring bliver logisk og indlysende, når vi betænker, at den består af de samme kræfter, som oprindeligt har skabt sygdommen. Det patienten gentager er alt, som har sin kilde i fortrængninger og som sætter sig igennem i patientens væsen – patientens hæmninger, indstillinger, patologiske karaktertræk og symptomer. Sygdommen er således ikke et historisk anliggende, men en aktuel magt. Disse gentagelser vil i sagens natur også optræde i overføringen og kan gøres til genstand for behandlingsarbejdet. En del af dette arbejde vil bestå i at overvinde patientens modstand gennem at afdække den og gøre patienten bekendt med den. Gennemarbejdningen af modstande er oftest en langvarig og besværlig proces; men det er iflg. Freud den del af behandlingen, som har den største forandrende indvirkning på patienten (Freud, 1914g).

I *Den endelige og uendelige analyse* (1937c) uddyber Freud sine overvejelser over modstands-fænomenet og tilføjer bl.a., at hos patienter med en særlig hårdnakket modstand, kunne der ofte konstateres paranoide træk i overføringen. Freud er endvidere blevet opmærksom på, at særlig to temaer gør analytikerens arbejde besværligt, nemlig hos kvinden penismisundelsen (mandlighedskomplekset) og hos manden vægringen mod den passive eller feminine indstilling til den anden mand (kastrationsangsten). Freud refererer i den sammenhæng til Ferenczi, som i 1927 i et foredrag opstillede det krav, at enhver vellykket analyse burde have fået bugt med disse to komplekser. Dette krav fandt Freud dog for fordringsfuldt. Det var nemlig hans erfaring, at »med penisønsket og den mandlige protest er man trængt igennem alle psykologiske lagdelinger helt ned til »det uforstyrrede grundfjeld« og er således ved enden af sin virksomhed« (Freud, 1937c, s. 223-224). Såvel kvindens som mandens problem så Freud som knyttet til biologien, idet såvel penisønsket som kastrationsangsten forbinder sig med den kønslige biologi.

I det følgende skal modstands-fænomenet analyseres nærmere m.h.p. at finde frem til, hvad det var for et grundfjeld, Freud stødte på i sit arbejde. Det er min hypotese for de følgende overvejelser, at »grundfjeldet« har at gøre med ikke blot penismisundelse og kastrationsangst, men rækker ned i psykens mere regressive lag. Når penisønsket og kastrationsangsten bliver kardinalpunkter for Freud, har det så vidt jeg kan se en dybere årsag. Begge problemer er forbundet med en krænkelse af det pågældende individ, hendes eller hans selvværd/eksistens trues eller m.a.o. der er en narcissistisk problematik med i billedet. Og måske er det netop den, der giver anledning til det »uforstyrrede grundfjeld«. En bekræftelse af dette synspunkt ser jeg i Freuds bemærkninger om de paranoide træk i overføringen hos vanskeligt behandlelige patienter.

Mens Freud oprindeligt så modstanden som en kraft, der knyttede sig til farlige drifter og erindringer (1912b), udvider Freud efter at have formu-

leret den strukturelle personlighedsmodel (1923) sin opfattelse af modstanden til også at omfatte modstandsformer, som knytter sig til jeg'et. Denne nye forståelse publiceres i *Hemmung, Symptom und Angst* (Freud, 1926). I artiklen peges der på, at farekilder kan knytte sig til såvel jeg'et, overjeg'et som den ydre omverden og at den oprindelige farekilde er *barnets hjælpeløshed*, som udtrykker sig i følgende angstfantasier: jeg'ets udslettelse gennem tab af objektet, tab af objektets kærlighed, skade på jeg'et gennem kastration samt ødelæggelse gennem overjegs-fordømmelse. Den indsigt, som Freud præsenterer her, er at det ikke er faresituationens karakter i sig selv, der bestemmer reaktionen (graden af angst); det er forholdet mellem faresituationen og graden af hjælpeløshed, der afgør, hvor truende situationen opleves. Graden af hjælpeløshed afhænger af jeg'ets styrke – og det lille barn har endnu ikke et fuldt udviklet jeg.

Det er vigtigt at differentiere mellem denne teori om faresituationer og Freuds traumeteori. En faresituation er ikke i sig selv et traume. En faresituation indeholder et element af forventning og erindring, idet den oprindelige reaktion på hjælpeløsheden, nemlig angsten, forskydes til faresituationen. Derimod kendetegnes den traumatiske situation ved ubestemthed og objektløshed og individet kender ingen beskyttelse for sig selv. Hjælpeløsheden er total.

Barnets tidlige erfaring er, at faren for objekttab – objektet som beskyttelse mod hjælpeløsheden – overstiger alle andre farer. Hos patienten er angsten et faresignal for jeg'et og derfor kan dette faresignal udløse defensive manøvrer fra jeg'ets side, som viser sig som modstand i terapien.

Freud (1926) skelner mellem fem former for modstand: fortrængningsmodstand, overføringsmodstand, jeg-modstand, overjeg-modstand og det-modstand. Det er den sidste, Freud ser som grundfjeldet i psyken, idet denne modstand skyldes drifternes modstand imod enhver forandring. Freud talte om libidoens træghed og klæbende karakter.

Min opfattelse er imidlertid, at vi til forståelsen af det psykiske grundfjeld også må inddrage jeg- og overjegs-modstandene, idet jeg-modstanden, som umiddelbart begrundes i sygdomsgevinsten (sekundær gevinsten), viser sig at rumme noget mere dæmonisk, nemlig en tilfredsstillelse af det had og de hævnfulde drifter mod andre, som patienten udlever gennem sine symptomer. Symptomer virker umiddelbart som noget fremmed, men de er dybt forankret i patientens psyke. Sygdommen er ikke sjældent en dæmonisk og omnipotent kontrol af nære familiemedlemmer – og samtidig udtryk for en dyb masokisme i patientens personlighed. Tilsvarende med overjegs-modstanden, som har sine rødder i patientens skyldfølelse og behov for straf, hvorfor den også af Freud ud nævnes til at være den vanskeligste at behandle. Denne modstand afspejler en ubevidst skyldfølelse hos patienten, som giver anledning til paradoksale reaktioner over for de skridt i analysen, som repræsenterer op-

fyldelsen af et driftsønske (som patientens samvittighed ikke tillader). Et klassisk eksempel er patientens skyldfølelser omkring sit ønske om at være det mest elskede barn og den foretrukne i søskendeflokken. Patienten vil da reagere med modstand imod enhver ændring, som truer med at fremkalde en situation, hvor han får større succes end sine konkurrenter.

Når Freud så overjeggs-modstanden som den vanskeligste at behandle, var det formentlig fordi han arbejdede med neurotikere, hvor især tvangsneurotikerne udviste vanskeligt gennemtrængelige modstande. Min erfaring er, at i arbejdet med alvorligt personlighedsforstyrrede og psykotiske patienter møder vi en modstand, som synes lige så stærk eller endog stærkere end tvangsneurotikerens og som knytter sig – ikke til overjeg'et – men til jeg'et. Det er mit indtryk, at denne form for modstand er dybt forankret i dødsdriften. I kombination med det-modstanden, som bidrager med driftens træghed og klæbrighed, mobiliserer patienten stærke kræfter mod ændring. Den gentagelsestvang, som kendetegner psykiske lidelser, optræder ofte som en modstand og Freud så netop gentagelsestvangen som en kraft, der knytter sig til dødsdriften (Freud, 1920). I terapi med selvmordstruede, destruktive borderline og schizofrene patienter kommer en dragning mod døden meget markant ind i terapirummet og man må som terapeut være meget opmærksom på kraften i dette for ikke at blive trukket ind i det.

Denne modstand udtrykker sig i patientens symptomer som en destruktivitet, der primært retter sig mod patienten selv. Hævn og hadefuldhed er klare ubevidste motiver for sygdommen, det indre fantasiunivers domineres af dæmoner, som siger, at patienten skal dø. Samtidig er der noget omnipotent over disse patienters måde at styre omverdenen på – deres oplevelse af at have mistet kontrollen over sig selv (egne affekter) projiceres ud i forestillingerne om dæmoner, der styrer dem og som vil have dem til begå noget forfærdeligt. En sådan patient kan, hvis destruktiviteten ud-ageres i selvmutilation, evt. selvmordsforsøg, styre hele den hospitalsafdeling, hvor han er indlagt.

Hos en ung schizofren patient, jeg har haft i terapi, havde de indre fantasier et udtalt oralt-aggressivt, kannibalistisk indhold, idet hun oplevede det sådan, at hvis hun kom for tæt på andre mennesker, så »kommer de ind under huden på mig og spiser af mig«. Dette indre univers af oral aggression negeredes af patientens ydre fremtræden – hun var stilfærdig, tilbagetrukket, pertentlig, talte med en spinkel barnestemme og bevægede sig forsigtigt.

Det psykotiske jeg er ikke et normalt jeg. Den psykotiske har ligesom det lille barn ikke et fuldt udviklet jeg, men dertil er der – som et forsvar mod hjælpeløsheden – udviklet en psykotisk struktur af vrangforestillinger, som holder sammen på resterne af patientens jeg. Som terapeut må man derfor være opmærksom på, at de kræfter, man er oppe imod (modstanden), stammer fra patientens forsøg på at beskytte sit svage, fragmenterede jeg.

Personlighedsforstyrrelserne kendetegnes på samme måde ved et svagt jeg, som mobiliserer en narcissistisk modstand for at beskytte det truede jeg. Det pres, som jeg'et er udsat for, viser sig i en ustabil funktionsmåde, præget af ud-ageren af konfliktstof.

Ferenczi (1921) var inde på en lignende tankegang, idet han skriver, at der findes patienter, hvor det ikke er neurotiske symptomer, der er fremtrædende, men snarere abnorme karaktertræk. Karakteregenskaber adskiller sig fra neurotiske symptomer bl.a. derved, at sygdomsindsigten mangler ligesom ved psykoserne. De er en slags af det narcissistiske jeg tålte, ligefrem anerkendte »privatpsykoser«, i hvert fald en abnormitet ved jeg'et, hvis ændring vil blive mødt med den største modstand fra jeg'et. Patientens narcissisme kan sætte en grænse for patientens påvirkelighed gennem analyse, specielt fordi karakteren står som en beskyttelsesmur for tilgangen til de infantile erindringer. Netop over for sådanne patienter mener Ferenczi, at hans aktive teknik kan være en hjælp.

Allerede Abraham (1919) pegede på, at analysen er en trussel imod patientens selvagtelse, hvilket man særlig skal være opmærksom på i arbejdet med patienter, hvor skam er et vigtigt motiv for defensive foranstaltninger. Dette vil vise sig som en modstand, der består i, at patienterne kontrollerer deres indfald og tanker under behandlingen. Den narcissistiske personlighed gør det muligt for dem at skjule deres modstand mod terapien bag en tilsyneladende iver efter at samarbejde og gennemføre terapien. Terapien vanskeliggøres yderligere deraf, at den narcissistiske selv-kærlighed ikke kan tilfredsstilles, hvorfor en tilfredsstillende positiv overføring heller ikke kan etableres. Modstandsanalyse er derfor lige såvel som i neuroserne en nødvendig del af behandlingen, når det drejer sig om narcissistiske patienter og patienter med alvorlige personlighedsforstyrrelser, f.eks. borderline forstyrrelser. Overføringsrelationen med dens islæt af aggression og misundelse må analyseres m.h.p. at afdekke den bagvedliggende paranoide angst, som optræder i overføringen (Sandler et al. 1994).

### **Et klinisk kasus**

Som en illustration af, at modstanden ikke blot er en opposition, provokeret af den trussel, som terapien udgør, men noget, der gennemtrænger hele patientens person, vil jeg kort gengive hovedtematikken i et terapi-forløb, jeg har gennemført med en personlighedsforstyrret patient.

Patienten er en kvinde i begyndelsen af 30'erne, som lider af en alvorlig personlighedsforstyrrelse, domineret af skizoide træk. Jeg har haft patienten i behandling i et par år, men hun har en lang sygehistorie bag sig, som går tilbage til 20 års alderen og bl.a. indebærer indlæggelse på psy-

kiatrisk afdeling og en schizofrenia obs? -diagnose, som dog nu er forladt. Patienten har gennemført en studentereksamen og en mellemuddannelse og har fast arbejde inden for sit fag.

Patientens problemer centrerer sig om relationen til andre mennesker, idet hun lider af massive hæmninger m.h.t. kontakt. Symptomerne herpå har imidlertid en meget patologisk karakter. Da jeg påbegynder terapien med hende, er hun således massivt blokeret, asontan og uden blikkontakt. Hun er end ikke i stand til at udtale en hel sammenhængende sætning, men siger kun 3-4 ord og går derefter i stå. Hun forventer tydeligvis, at jeg skal tage over.

På en baggrund af generel rigiditet, som viser sig i patientens langsomhed i henseende til både tanke, tale og handling, træder hendes måde at tale på frem som det mest bizarre symptom. M.a.o. patientens modstand manifesterer sig på markant måde i hendes tale.

Terapeuten vælger i terapiens begyndelsesfase at tage fat her, idet hun i sin modoverføring registrerer et stærkt pres for at overtage patientens tale og afslutte sætningerne for hende. Dertil er talen den analytiske terapi medium, så skulle den terapeutiske proces komme igang, måtte patienten nødvendigvis sætte ord på sine tanker.

*Eksempel:* På et tidspunkt i terapien, hvor patienten er begyndt at formulere sig i hele sætninger, omend det kræver stor overvindelse af den indre angst, siger patienten om sin talehæmning: »Jeg kan ikke tillade mig at tage taletiden«.

Terapeuten hæfter sig ved det aggressive moment i formuleringen *tage taletiden* og *tillade sig* og eftersporer de ubevidste fantasier, som ligger bag dette ordvalg, og tolker det således, at patienten oplever det at tage taletiden som en uacceptabel grådig handling fra hendes side. Patienten bekræfter tolkningen og kommer i tanke om en barndomserindring, hvor hun som 2 årig fik et æble og reagerede med en grådighed, som bevirkede, at hun fik æblet galt i halsen, var ved at blive kvalt og måtte på hospitalet i al hast. Denne historie er ofte blevet genfortalt i familien, når talen faldt på patienten. Grådighed er i patientens ubevidste blevet noget, der kan føre til døden.

I løbet af terapien afdækkes tre centrale temaer (fantasier), som ligger bag patientens fragmenterede tale. Temaerne er følgende med 1 som overfladelaget og 3 som det dybeste ubevidste lag:

1. jeg bliver afbrudt (afvist)
2. det er farligt at blive synlig
3. det hele bryder sammen

**Tema 1** har baggrund i patientens reale erfaringsverden og var da også bevidst tilstede i patientens psyke, dvs. det krævede ikke analyse at nå frem til det. Patienten var den yngste af et enægget tvillingpar og tvil-

lingsøsteren havde hele hendes liv talt på hendes vegne og afbrudt hende, hvis hun åbnede munden. Hun havde således vænnet sig til kun at sige begyndelsen af sætningen.

**Tema 2** krævede en omfattende analyse af patientens relation til terapeuten og patientens ubevidste (destruktive) fantasier. Analysen angik ud over den fragmenterede tale patientens manglende evne til at tage initiativ og den emotionelle tone i hendes tale. Hendes tale var anklagende, ofte grådkvalt – præget af dyb frustration. Det tema, der tegnede sig, drejede sig om, at det var farligt for hende at blive synlig, f.eks. gennem initiativ, handling eller tale. Hun ville blive afvist og hun følte, at hun var for krævende og i det hele taget forkert. Under disse temaer skjulte sig en ubevidst fantasi om at være »for grådig« (et tema som havde en klar korrespondance i talens toneleje).

**Tema 3** var tæt forbundet med tema 2 og drejede sig om patientens ubevidste fantasier om at destruere både omverdenen og sig selv. Hvis hun tog initiativ til noget, sagde sin mening eller tiltalte en person, som ikke havde henvendt sig til hende, ville »det hele styrte sammen«, det ville få uoverskuelige konsekvenser. I sidste ende hendes egen udslettelse. I overføringsrelationen optrådte sideløbende et dybt arkaisk oralt-aggressivt tema, som handlede om, at patienten i sin grådighed kunne komme til at sluge terapeuten – og »få hende galt i halsen« og blive kvalt. På dette tidspunkt i terapien var terapeuten etableret som et »godt objekt«, hvilket gjorde faren for at skade hende – gennem at »tage hende ind« – stærkt angstvækkende for patienten.

En sådan paranoid position udgør en massiv modstand i terapien, fordi den kun kan helbredes gennem at lukke det »gode objekt« ind; men dette er netop det farligste af alt, for åbner man døren bliver objektet ædt af den stygge ulv (oral-aggressiviteten). På den måde bliver patientens position fastlåst.

Den erkendelse, der gennem analysen langsomt voksede frem hos patienten, var at det forholdt sig lige modsat af hvad hun (ubevidst) antog, nemlig at hun netop gennem sin adfærd/væremåde, sine forsvarsforanstaltninger, selv medvirkede til at fremkalde problemerne i de interpersonelle relationer. Fra denne erkendelse voksede frem, var der dog endnu et langvarigt og møjsommeligt arbejde at gøre, idet patientens paranoid betonedede modstand gjorde, at ændringsprocessen kun foregik langsomt på trods af, at patientens erkendelse af egne problemer medførte en forbedret behandlingsalliance.

## Barnets hjælpeløshed

Sandler (1988) har formuleret det synspunkt, at det uforanderlige grundfjeld i patientens psyke kan ses som et »specifikt psykobiologisk grund-

fjeld, som i vidt omfang involverer de strukturer, som er skabt i den *specifikke* individuelle udvikling inden for den *specifikke* gensidige relation imellem personen og det omgivende miljø – i særdeleshed som resultat af samspillet mellem det lille barn og omsorgspersonerne« (Sandler, 1988).

Der er en sammenhæng mellem det hjælpeløse jeg, de tidlige påvirkninger, barnet har været udsat for, og narcissismen. Narcissismen forøges hos det hjælpeløse jeg – i en bestræbelse på at holde sammen på sig selv samles en væsentlig del af libidoen om jeg'et. Vi kan se narcissismen som en måde at passe på sig selv på, f.eks. udtrykt i den kompenserende grandiositet eller i den sorgfulde melankoli.

Det hjælpeløse jeg udvikles i en atmosfære af manglende »holding« med Winnicotts terminologi. Det lille barn, der ikke er blevet »holdt«, udvikler hverken en sikker fornemmelse for sig selv – en selvornemmelse – eller et funktionsdueligt jeg, som kan formidle mellem indre og ydre påvirkninger i udviklingsprocessen. Som Winnicott (1956) har udtrykt det, kendetegnes et sådant barn af *absolut dependens*. Barnet er gennemtrængeligt og ude af stand til at beskytte sig selv mod påvirkninger, hvilket medfører, at det overvældes af ydre såvel som indre stimuli.

Winnicott taler om »det falske selv«, som kun formår en overfladetilpasning, men ikke kan *føle* sig selv. Dermed er det helt afhængig af omgivelsernes respons. Som følge heraf er det iflg. Winnicott i det terapeutiske arbejde med disse patienter hele settingen, der er afgørende, mens den tolkende intervention kommer i anden række. Analytikerens adfærd som værende »good enough« i henseende til patientens behov vil af patienten gradvist blive oplevet som noget, der vækker et håb om, at det sande selv kan blive i stand til at tage den risiko, som er forbundet med at begynde at opleve det at være levende (Winnicott, 1956, 1960).

For at barnet kan blive livsdueligt er moderens (omsorgspersonens) evne til at understøtte (»holde«) barnet i både fysisk og psykisk forstand livsvigtig for barnet. Begrebet »holding« er Winnicotts betegnelse for denne fundamentale funktion af »hjælpe-jeg« for det uudviklede barn. Betegnelsen »holding« dækker også det helt fundamentale, at moderen holder – og udholder – barnets følelser, hvorved barnets egen evne til at rumme egne følelser kan udvikles. En mor, der ikke tåler barnets følelser, vil bevirke, at barnet heller ikke selv tåler dem. Det bliver farligt for barnet at føle vrede og barnets evne til kærlighed bliver dermed også forkvaklet.

Mange af de alvorlige psykiske lidelser, vi møder i den terapeutiske praksis, har som deres kendetegn en manglende evne til at rumme og neutralisere egne følelser. I neuroserne ses dette i den kompromisløsning, som tvangssymptomerne eller de fobiske symptomer repræsenterer. I personlighedsforstyrrelserne, hvor evnen til sublimering er alvorligere skadet og neutraliseringen mere defekt, kommer de affekter, som patienten ikke kan rumme eller udholde – sustain – direkte til udtryk i acting-

out reaktioner. Det samme gælder psykoserne, hvor affekten dog yderligere udtrykker sig i vrangforestillinger og hallucinationer. I alle former for lidelser optræder affekten direkte i den genstandsløse angst, som altid er en del af lidelsen (den aggressive affekts forvandling til angst). Ikke at kunne rumme egne følelser giver anledning til hjælpeløshed og angst.

I nyere psykoanalyse er der en udbredt interesse for de problematikker, som ligger forud for neurosen. Allerede Freud åbnede for denne teoriudvikling med sin afhandling om narcissismen (1914) og i *Hemmung, Symptom und Angst* gør Freud sig overvejelser over forskellige udviklingsfaseres betydning i forbindelse med angstformer og faresituationer (Freud, 1926). Han anså den psykiske hjælpeløshed, som kendetegner det umodne jeg, som den tidligste farekilde, mens faren for objekttab tilhører de tidlige barneårs uselvstændighed, kastrationsangsten den falliske fase og overjægs-angsten hører latensfasen til. Med jeg'ets udvikling opstår således nye farekilder, men de gamle forsvinder ikke og en faresituation kan give anledning til flere angstformer, afhængig af den situation, der fremkalder angsten og afhængig af, hvor stærkt barnets jeg er. Det svage jeg vil reagere med hjælpeløshed på mindre foranledning end det stærke jeg, uanset barnets alder. Freud talte i forbindelse med traumeteorien om et »gennembrud af pirringsskjoldet« (Freud, 1920) og så traumat som betinget af kvantitative faktorer. Med overvejelserne om jeg'et og dets hjælpeløshed lægges vægten mere på forholdet imellem traumets styrke og jeg'ets styrke og evne til at hjælpe sig selv. Det umodne jeg vil over for et ydre traume gribes af hjælpeløshed, mens et mere modent og stærkt jeg kan mobilisere adaptive strategier som en afværge af total hjælpeløshed.

Med Freuds betoning af jeg'ets hjælpeløshed og objekttabet som de tidligste farekilder og hans analyse af arten af de skader, der sker på jeg'et i den tidlige udvikling, sker der en udvidelse af traumeteorien til ikke blot at omfatte udefra kommende rystende påvirkninger, men også barnets sårbarhed og den objektive hjælpeløshed, som gør barnet til et let offer for omgivelsernes traumatiserende påvirkninger.

Også Ferenczi var opmærksom på, at traumat var noget, der ikke blot gav anledning til neurotisk udvikling, men som også angik udviklingen på et dybere niveau. Ud fra erfaringer med patienter, som viste en usædvanlig højtudviklet fornemmelse for analytikerens ønsker og stemninger og som derfor aldrig modsagde analytikeren, men derimod identificerede sig med ham, fik Ferenczi en nærmere indsigt i det barndomstraume, som lå bag denne føjelighed. Han opdagede, at der var tale om den samme form for identifikation som den, der sker hos et barn, som er udsat for et følelsesmæssigt overgreb, specielt seksuelle overgreb. Et barn, der udsættes for en voldelig handling, bliver lammet af en overvældende frygt og

føler sig fysisk såvel som moralsk totalt hjælpeløst. Barnets personlighed er ikke tilstrækkeligt konsolideret til, at det kan protestere så meget som i tankerne. Som Ferenczi udtrykker det »mister barnet sansernes brug og barnets frygt tvinger det til at underkaste sig aggressorens vilje, til at forudse hvert af hans ønsker og føje ham. Det glemmer helt sig selv og identificerer sig totalt med aggressoren« (Ferenczi, 1933, s. 226-27). Identifikationen har karakter af en introjektion, som bevirker at aggressoren forsvinder som ydre realitet og bliver intrapsykisk. Ferenczi benytter ikke i denne sammenhæng betegnelsen narcissisme, men den tilstand, han beskriver, er netop den karakter, som kendetegnes ved »af det narcissistiske jeg skjulte, ja ligefrem anerkendte privatpsykoset« (Ferenczi, 1921, s. 80). Den omdannelse af barnets følelsesliv, som overgrebet medfører, er introjektionen af den voksnes skyldfølelse (jvf. den skam og skyld, som er dominerende i de narcissistiske personlighedsforstyrrelser). Yderligere er barnets tillid til egne sanser blevet ødelagt. Personligheden er skadet på en måde, så patienten ikke kan reagere på en alloplastisk måde, men gør det autoplastisk som om der var tale om en efterligning. Dette er iflg. Ferenczi en form for personlighed, som kun består af id og overjeg og som derfor mangler evnen til at opretholde sig selv (jeg'et). Et udtryk herfor er det, at det for disse personer er uudholdeligt at være alene.

Det er almindeligt kendt, at et barn ikke kan leve uden kærlighed; men hertil viser Ferenczis erfaringer, at påtvinges et barn for meget kærlighed eller en upassende/uforståelig form for kærlighed, så har det samme karakterologiske konsekvenser som en manglende kærlighed. Bag barnets føjelighed (tilbedelse) ligger et desperat forsøg på at befri sig for en alt for undertrykkende kærlighed. Det er min opfattelse, at netop en for barnet uforståelig eller invaderende kærlighed er noget af baggrunden for mange tilfælde af alvorlig personlighedsforstyrrelse eller schizofreni – jvf. ovenstående eksempel med patienten, der oplevede, at nærhed var lig med en trussel om invadering og ødelæggelse (»de kommer ind under huden på mig og spiser af mig«). De schizofrenes vrangforestillinger er som en åben bog, man skal blot forstå »koden« for at læse teksten.

Traumatiske påvirkninger, der sker i den tidlige mor-barn dyade, kan føre til skader af den art, som Ferenczi peger på – skader, som består i at barnet identificerer sig med »aggressoren«, indoptager dennes skyld og skam, hvorved der sker en radikal ændring af barnets psyke. Traumatet bliver integreret i psyken og bliver en del af barnets personlighed, oftest i form af en patologi i personligheden. Det traumatiserede barn er ofte overbevist om sin egen ondskab med forhøjet tendens til skyld, selvbebrejdelser og lav selvværdsfølelse. Barnet identificerer sig med aggressoren, men også med forældrenes forsvar og skyld. Traumatet er endvidere altid associeret med ikke blot angst, men også en enorm vrede og raseri. Den føjelighed, der karakteriserer disse patienter, kan ses som en reakti-

onsdannelse mod det infantile raseri. I nutidig terminologi betegnes disse patienter som narcissistiske personlighedsforstyrrelser og netop føjeligheden udgør en væsentlig modstand i det terapeutiske arbejde med disse patienter.

Også Blum (1986) peger på den varige ego ændring, som er en konsekvens af traumet og som betyder, at barnet vil have en forventelig sensitivitet for reaktivering af traumet, ligesom dette vil bevirke en generaliseret ego-svaghed og ego begrænsning gennem benægten, fortrængning og andre eftervirkninger. Ego skrøbelighed og rigiditet kan herefter disponere for fiksering til traumet og skabe en prædisposition til regression. Det vi kalder *strukturel deficit* kan iflg. Blum være både en prædisposition for traume og en skade, der er resultat af et traume. De to aspekter kan indgå i en skadelig cirkulær proces. Massivt traumatiserede individer er vanskelige at behandle og sommetider utilgængelige for terapi. *Basic trust* er blevet undergravet og en permanent følelse af skrøbelighed eller sårbarhed kan være varig (Blum, 1986). Sådanne skrøbelige individer vil øve en stærk modstand mod ændring, idet enhver ændring repræsenterer en trussel for det sårbare jeg.

Opmærksomheden på traumets overdetermination og kompleksitet har bevæget nutidig psykoanalyse bort fra modellen chok-traume. Den nutidige model inkluderer altid associeret belastning (stress), ubevidst konflikt og betydning af traumet. Traumatiske oplevelser er determinanter for efterfølgende relationer, som har en spiral effekt på patientens liv (Blum, 1986). Dermed bliver traumeteorien relevant også for forståelsen af de præødipale tilstande.

Også McDougall hævder vigtigheden af tidlige traumatiske oplevelser, specielt sådanne som er relateret til forstyrrelser i den tidlige mor-barn dyade (McDougall, 1986). Som hun udtrykker det: »I agree totally with Freuds emphasis on the shock of the perception of the difference between the sexes. However, I give more importance to the traumata of otherness, and the traumatizing potential contained in the experiences of separation and the development of the sense of subjective identity than Freud did« (McDougall, 1986, s. 234).

Blum (1986) fastholder det kvantitative synspunkt og understreger samtidig betydningen af »personlig mening«. Det kan forekomme som en tilsyneladende modsætning at understrege personlig mening frem for »historisk sandhed«, når Blum samtidig fastholder det kvantitative aspekt. Blum begrundet det således, at patientens oplevelse af forældrepsykoser, primær-scenen eller objekttab må forstås i termer af patientens egen tolkning og forvrængning af realiteten ligesom det traume, der repræsenterer kastration og straf. Imidlertid er der en kompleks relation mellem »psykisk realitet« og »extern realitet«. Benægten er f.eks. et universelt forsvar mod eksterne traumer og kan ikke analyseres uafhængig af den benægtede perceptuelle realitet. Hvis man kun er opmærksom på den

subjektive mening, kan terapeuten komme til at dele patientens benægtelse og tvivl, frem for at der foretages en analytisk rekonstruktion, som indebærer en mere realistisk og moden transformation af selv- og objektpræsentationerne.

Blum understreger, at traumat overvælder ego'et, hvilket fører til hjælpeløshed og angst. Han fastholder således det kvantitative aspekt i traumebegrebet og argumenterer for, at traumebegrebet må forstås mere præcist. Traumebegrebet kræver en godtagelse af den kvantitative faktor, som er relateret til oplevelsen af hjælpeløshed og traumatisk angst, såvel som en godkendelse af den materielle realitet. Blum beskriver Freuds konstruktion af en præverbal hjælpeløshed som *prototypen på det psykiske traume*, en prototype, som følges op af en udviklingslinje af potentielle traumer: tab af objektet, tab af objektets kærlighed, kastrationstrusler og overjægs-fordømmelse (Blum, 1986). Blum argumenterer således for at bevare et traumebegreb med dets kvantitative og kvalitative dimensioner.

Freuds oprindelige opfattelse af traumat som en udefra kommende påvirkning, der »gennembrød parrings skjoldet« (Freud, 1920) er idag erstattet af betydningen af det umodne jægs hjælpeløshed over for farekilder (Freud, 1926). Blum (1986) mener, at begrebet om et beskyttende skjold eller en stimulusbarriere må betragtes som forældet. Vi må forstå barnets beskyttende udstyr som noget, der suppleres og koordineres med moderens hjælpende ego-funktion og »holding environment«. Fare-situationen i sig selv er ikke det afgørende, idet den medbestemmes af faktorer som tab af objektet eller objektets kærlighed, omsorg og beskyttelse. Uanset om begrebet om et »beskyttende skjold« er forældet og foreslås erstattet med »holding environment« el. lign., finder jeg, at Freuds metafor »gennembrud af parringskjoldet« sensitivt indfanger noget om barnets oplevelse af traumat: barnets grænser overskrides, der sker noget, som er mere end et barn kan kapere, der går noget i stykker i barnet. Det kvantitative aspekt ser vi i barnets affektive reaktion på overgrebet – det være sig fysisk eller psykisk. Barnet reagerer med voldsom angst. Angsten er udtryk for barnets følelse af at gå i stykker (desintegrere) og som Ferenczi så det, identificerer barnet sig defensivt med den voksnes skyld og aggression.

Præverbal hjælpeløshed forbinder sig med tab af objektet. Objektets fravær kan imidlertid have mange udgaver, hvoraf det *psykiske fravær* hos særlig moderen må betragtes som et af de alvorligste traumer, et lille barn kan komme ud for. Den franske psykoanalytiker André Green taler om »den-døde-mor« komplekset, hvor moderens psykiske fravær (ofte foranlediget af en depression) i omgangen med barnet bevirker en identifikation hos barnet med dette fravær. Dette skaber en overvældende følelse af tomhed hos barnet, den såkaldte *tomhedsdepression*, som er et grundlæggende træk hos narcissistiske patienter. Green anser dette »den-døde-

mor«-kompleks som værende et strukturerende princip i psyken, som tilsvarende det ødipale kastrationskompleks. Men mens kastrationen er en kropslig skade, forbundet med en blodig handling og må ses som en »rød« angst, så er tabet af objektet en trussel om at blive opgivet, fortabt og denne destruktion har sorgens farve: sort eller hvid. Sort som den dybe depression, hvid eller »blank« som tomhedstilstanden eller tomhedsdepressionen (Green, 1986, s. 96). Green rejser endvidere den hypotese, at den dystert sorte depression, som kan relateres til det had, man kan konstatere hos depressive patienter, kun er af sekundær betydning. Hadet er ikke årsagen til, men følgen af den »hvide« angst, som antyder, at patienten har været udsat for en narcissistisk skade. Den »hvide« sorg har sammenhæng med det, man kan kalde det tomme eller det negative i den kliniske erfaring. Den hidrører fra en total brist på affektiv »ladning«, hvilket efterlader spor i det ubevidste i form af »psykiske tomrum«. Disse fyldes i stedet af nye »ladninger«, som er udtryk for den destruktive energi, som frigøres i og med, at den libidinøse binding svækkes. De manifestationer af had og de reparationsprocesser, som bliver følgen heraf, er sekundære i forhold til den afgørende tilbagetrækning af den centrale »ladning« fra det primære objekt: moderen (Green, 1986, s. 97). Svarende hertil er den overføring, der i terapien ses hos den narcissistisk skadede patient en *overføringsdepression* og ikke en overføringsneurose.

I og med at traumbegrebet udvides til også at omfatte forståelsen af de præødipale tilstande, ændrer det sig fra det mere smalle traumbegreb, som Freud formulerede ud fra neuroserne. Spørgsmålet rejser sig da, hvordan neurosens ætiologi adskiller sig fra de præødipale tilstandes oprindelse. Her må man se på det psykogenetiske udviklingsniveau, hvorfra henholdsvis neurosen og narcissismen udgår, idet traumets specifikke karakter har sammenhæng hermed, men traumatet består i begge tilfælde i, at der gøres vold på barnets følelsesliv.

I neurosen (det ødipale barn) udsættes barnet for et følelsesmæssigt og voldeligt overgreb. Prototypen på traumatet var for Freud det seksuelle overgreb – *forførelsen*. Overgrebet rammer ind i præmature følelser, som netop kun anes af barnet, en følelsesudvikling, som lige er begyndt og derfor særlig sårbar. Den spirende seksualitet bliver »voldtaget« i mødet med voksenseksualiteten. Som Ferenczi (1933) udtrykker det, taler barnet ømhedens sprog, mens den voksne taler lidenskabens sprog, og i sammenstødet mellem de to forskellige sprog mister barnet sine sansers brug. At volden begås af en person, som barnet elsker og har tillid til, forøger den traumatiske virkning.

I de narcissistiske lidelser (det præødipale barn) er det en anden form for følelsesmæssigt overgreb, der finder sted. Prototypen er *den præverbale hjælpeløshed*. Barnet er i en fase af den psykogenetiske udvikling, hvor opgaven består i en afgrænsning af sig selv over for den anden, et

eksistentielt problem. Barnets forsøg på at *blive* sig selv, bliver i den traumatiserende mor-barn dyade mødt af et fravær (objekttab) eller en total mangel på empati for barnets behov for bekræftelse af dets eksistens. Traumatet er ikke et voldeligt overgreb, men et psykisk fravær/disharmoni, et objekttab, som vækker voldsom angst. Barnets begyndende selv-følelse forstyrres og fremmedgøres og i stedet træder en overvældende tomhed, som resulterer i »som-om« adfærd og manglende evne til at være alene.

I begge tilfælde – det ødipale og det præødipale – sker der en følelses-mæssig omdannelse af barnets psyke, idet den voksnes skyld og had introjicerer. Da jeg'et er mere modent hos det ødipale barn, vil personligheden kunne afbalanceres gennem neurotisk symptomdannelse. Hos det præødipale barn derimod bliver personligheden varigt skadet på et dybere niveau og barnet vil være ude af stand til at beskytte sig selv.

Jeg har i det ovenstående valgt at belyse det svage jeg og dets skader ud fra traumeteorien. Den teoretiske vidensudvikling i henseende til de præødipale tilstande er imidlertid i vidt omfang sket i en teoriramme, som fokuserer på objektrelationerne. Ud over Winnicott har bl.a. Balint (1968) beskrevet tidlige skader på psyken med termen *the basic fault*, dvs. en grundlæggende brist i de psykiske strukturer, som ligger tidligere end Ødipuskomplekset og Killingmo (1989) har tilsvarende gjort opmærksom på det psykogenetisk tidligere *deficit* niveau, som består i en mangelfuld udvikling af basale psykiske strukturer. Dette er en strukturel tilgang, som adskiller sig fra Ferenczis interesse for de processer – specielt identifikation gennem introjektion – som er afgørende i den omdannelse af barnets psyke, som er traumets virkning.

Uanset teorirammen åbnes der med disse overvejelser for en uddybet forståelse af modstanden ud fra ikke blot fortrængning og konflikt, men også de skader på jeg'et eller selvet, som sker i den tidlige udvikling før Ødipuskomplekset. Vi skal derfor igen vende interessen mod modstanden m.h.p. at finde tilgange til behandlingen, som kan nærme sig patientens modstand på en måde, som gør det mindre farligt for patienten at forlade sin »skyttegrav«. Dette berører de tekniske interventionsformer, men samtidig også hele vor holdning til patienten. Hvad er en »analytisk holdning« i den terapeutiske relation til en patient, hvis sårbare og skrøbelige jeg bestandigt trues af undergang og hvor terapien opleves som en trussel mod den skrøbelige balance, som patienten har formået at etablere? Hvordan kan vi hjælpe patienter, hos hvem modstanden har sin oprindelse i tidlige jeg-skader?

Jeg skal endnu engang vende tilbage til Ferenczi, idet han var en af de første analytikere, som stillede det spørgsmål, om modstanden alene var patientens problem. Kunne denne modstand ikke med rette betragtes som et teknisk problem – dvs. som noget terapeuten var ansvarlig for og derfor måtte løse?

## Det professionelle hykleri

Ud fra sin erfaring med de føjelige patienter og formentlig også på baggrund af egne erfaringer som analysand foretog Ferenczi markante ændringer m.h.t. den analytiske teknik. Denne fik navnet den *aktive teknik*.

Ferenczis *aktive teknik* gik ud på, at han direkte forcerede patienternes modstand. Ferenczi havde f.eks. en meget musikalsk patient i behandling, hvis hæmning netop ramte hendes talent således, at hun ikke kunne bruge hverken sin smukke sangstemme eller sine sjældne evner som pianist. Gennem at opfordre hende til at udøve netop disse aktiviteter, blev problemerne overvundet. Det Ferenczi gjorde var at tvinge patienten til at overvinde symptomet, her hæmningen af de musikalske evner. Han pressede patienten til at synge og spille klaver i terapitimerne, indtil hæmningen var overvundet og talentet foldede sig fuldt ud. En anden teknik i den aktive terapi var at forlange af patienterne, at de gjorde et tema færdigt frem for at bruge de frie associationer som en flugtvej bort fra det pågældende (pinagtige) tema. Også her ser vi Ferenczis bestræbelse på hele tiden at arbejde der, hvor modstanden manifesterer sig. Patienten fik ikke lov til at undslippe. (Ferenczi, 1919, 1921). Pointen i denne teknik er, at patienten gennem at udøve den hæmmede handling blev bevidst om hæmningens karakter.

Det var Ferenczis opfattelse, at den freudske teknik med frie associationer og fantasier var alt for langsommelig i henseende til overvindelse af patientens modstand og at et direkte angreb på denne fjende gav både bedre og hurtigere resultater.

Efter mange års arbejde med den aktive teknik, indser Ferenczi imidlertid noget, som har endnu større rækkevidde, idet han bliver opmærksom på, at modstanden ikke blot kendetegner patienten, men i endnu højere grad terapeuten. Efter en række erfaringer med patienter, som ikke kom ud af stedet i analysen, indser Ferenczi, at den freudianske teknik rummer en væsentlig begrænsning, nemlig den opfattelse, at modstand kun er noget, der forekommer hos patienten. Ferenczis erfaring fortæller ham, at mange mislykkede analyser peger på, at modstanden også findes hos os selv – terapeuterne (Ferenczi, 1933). Terapeuten må analyseres mere grundigt, helt ned til »klippegrunden«, siger han (på Ferenczis tid var læreanalysen oftest kun af nogle måneders omfang). Det er nødvendigt, at terapeuten erkender alle sine egne ubehagelige karaktertræk, så han kan være forberedt på, at alt i form af skjult had og foragt kan dukke op i patientens associationer.

Ferenczi taler om det »professionelle hykleri«, som han anbefaler, at vi opgiver, idet hans erfaring er, at det bevirker en betragtelig følelse af lettelse hos patienten. Patientens »traumatisk-hysteriske« anfald syntes at blive mildere, hvis de overhovedet forekom og tidligere traumatiske begivenheder kunne reproduceres i tanken uden, at det førte til tab af den følelsesmæssige ligevægt. Faktisk så det ud til, at patientens personlig-

hedsniveau blev betragteligt højnet. Når det professionelle hykleri opgives og analytikerens kan indrømme egne fejl, styrkes patientens tillid. I »hykleriet« var der iflg. Ferenczis opfattelse noget udtalt og uoprigtigt i forholdet mellem terapeut og patient, og det virkede forløsende på patienten at tage dette direkte op og diskutere det.

Opdagelsen af det tekniske problem, som det professionelle hykleri var, gav adgang til hidtil ukendt materiale – nemlig at analytikerens reservation og »hykleri« i virkeligheden ikke var forskelligt fra det, der havde ført til sygdommen i patientens barndom. Det professionelle hykleri er altså en slags gentagelse af det oprindelige traume. Når patienternes kritik blev sat fri og terapeuten kunne erkende egne fejlgreb, kunne patientens tillid vindes. Patienternes kritik afslørede f.eks. de aggressive træk ved Ferenczis *aktive terapi*, hvor han gennemtvang bestemte teknikker og insisterede på bestemte teoretiske konstruktioner, mens han lukkede øjnene for kendsgerninger, der ville svække hans selvsikkerhed. Den erkendelse, Ferenczi her gjorde, angik patienternes »næsten clairvoyante viden om analytikerens tanker og følelser.« Det er »næppe muligt at narre patienten, og hvis man forsøger på et sådant bedrag, kan det kun få dårlige følger« (Ferenczi, 1933, s. 225).

Ferenczi analyserer her den modstand, som kendetegner analytikerens, og argumenterer for vigtigheden af at få denne klart frem i lyset – en argumentation, som er beslægtet med den analyse af modoverføringen, som moderne psykoanalytisk terapi har gjort til et af sine uomgængelige tekniske redskaber (Heimann, 1950, Schafer, 1983, Gabbard & Wilkinson, 1996).

Ferenczi ser modstanden som et gensidigt fænomen, noget der går begge veje i den terapeutiske relation. Måske kan terapeutens modstand ligefrem avle en modstand i patienten. Terapeutens modstand kan bevirke, at patienten ikke føler sig forstået og dermed får vanskeligt ved at erkende egne hæmninger og symptomer i relationen. Med andre ord kan terapeutens modstand virke imod den åbning af det analytiske rum, som kunne lade patientens problematik komme til udfoldelse. Der skabes i stedet en klaustrofobisk situation, hvor patienten så at sige støder imod terapeutens begrænsninger.

### Modstandens dialektik

Ferenczi kan ses som en foregangsmand for den tekniske og teoretiske udvikling, som kendetegner moderne psykoanalytisk terapi. En udvikling, hvor den terapeutiske opgave ikke ses som en afdækning af problemer, som tilhører patienten; men derimod må ses som en udforskning af de fænomener, som skabes i den terapeutiske relation og som er produkt af interaktionen mellem to personer: patienten og terapeuten. Disse nyskabelser opstår som følge af den terapeutiske relation, qua de særlige

muligheder, som skabes af den analytiske holdning og den særlige struktur, der kendetegner det »analytiske rum«. Dette gælder også modstanden, som således ikke skal ses som noget, der kun angår patienten, men som et produkt af interaktionen mellem to personer.

En fremtrædende repræsentant for et sådant synspunkt er Winnicott, der erfarede, at i det terapeutiske arbejde med regressive patienter er modstand altid udtryk for, at terapeuten har begået en fejl. Det forholder sig faktisk sådan, at modstanden forbliver der, indtil analytikeren har fundet fejlen og har forklaret den og brugt den terapeutisk. Hvis terapeuten forsvarer sig, fortaber han patientens mulighed for at blive vred over en fortidig fejltagelse netop nu, hvor vrede for første gang var blevet muligt for patienten. Winnicott understreger her den afgørende forskel, der er i behandlingen af neurotikere med et intakt jeg og de mere skrøbelige jigsaw-patienter. Heri ligger den dybere mening i det dictum, at enhver forfejlet analyse er en fejl – ikke hos patienten, men hos terapeuten (Winnicott, 1956, s. 417).

Dette er fordringsfuldt også p.g.a. nødvendigheden af, at analytikeren ser efter egne fejl, når der opstår modstand. Det er kun gennem at bruge egne fejl, at han kan gøre det vigtigste arbejde i behandlingen, det som gør patienten i stand til at blive vred for første gang over de brist i tilpasningen, som i sin tid skabte forstyrrelsen. Det er denne del af terapien, som gør patienten fri af analytikeren og dermed uafhængig.

På linie hermed ligger Balint (1968), som pegede på betydningen af den defekt i personlighedens basale strukturer, som kendetegner de præødipale lidelser, en strukturføjl, som Balint betegnede som »*the basic fault*«. Der er tale om en brist i strukturen, som betyder, at kommer personligheden ud for en belastning, vil det medføre et sammenbrud i hele strukturen. Balints erfaringer fra det analytiske arbejde afdækkede to niveauer i patientens psyke, nemlig det ødipale og niveauet for *the basic fault*. På *basic fault* niveauet er der tale om en eksklusiv to-person relation, hvor »voksensprog« ofte må anses for ubrugeligt og misvisende. Opmærksomheden på denne eksklusive relation, også kaldet den primære relation er afgørende i det terapeutiske arbejde, idet en frustration i denne relation vil vække voldsomme symptomer hos patienten. Det terapeutiske arbejde kræver derfor en sensitiv indlevelse i patientens dybe afhængighed af relationen, idet en manglende sensitivitet fra terapeuten side vil resultere i, at patienten oplever, at han ikke længere eksisterer. Patientens voldsomme frustration, når relationen trues, udgør en stærk modstand i terapien, en modstand, som foranlediges af den insensitive terapeut, idet han genskaber en tidlig traumatisk situation.

Killingmo (1989) har på tilsvarende måde formuleret to niveauer i personligheden, nemlig *konflikt* niveauet og *deficit* niveauet, hvor det første kræver en *tolkende* intervention, mens det sidste kræver en *bekræftende* intervention. Med bekræftende intervention sigter Killingmo til en inter-

vention, som bibringer patienten en følelse af eksistens og af relaterethed samt en følelse af, at hans oplevelse har validitet (Killingmo, 1989, 1995). Killingmo gør opmærksom på, at denne type af intervention ikke kun formidles gennem sproget, men også gennem terapeutens holdning og stemmeføring (intonation). De non-verbale aspekter i den terapeutiske kommunikation er medvirkende i den proces, som skal give patienten en oplevelse af at eksistere og være i relation til det andet menneske. Denne følelse er afgørende for, at patienten tør at gå ind i interaktionen; mens en mindre empatisk holdning hos terapeuten ville skabe modstand mod terapien.

Der er i moderne psykoanalytisk psykoterapi sket en bevægelse fra et fokus på patientens fantasimateriale til en fokusering på *patienten i relation til terapeuten*. Denne teoretiske udvikling følger af, at udviklingsproblematikker tillægges en lige så stor vægt i analysen som konfliktproblematikker. I behandlingen af de mere regressive lidelser synes en direkte intervention, som retter sig mod udviklingsproblematikker, at være afgørende for terapiens fremgang. Hermed bliver den *reale relation* mellem patient og terapeut fokus for terapien, frem for overførings- og overføringsfænomener (Greenson, 1965, 1971, Modell, 1976, 1990, Meissner, 1988, 1991). De udviklingsrelaterede interventionsformer erstatter ikke den tolkende intervention, men skal ses som et nødvendigt supplement. At den reale relation bliver terapiens medium er ikke en helt ny tanke, idet den er beslægtet med Ferenczis overvejelser, som førte til den aktive terapi, omend måden at praktisere »relations-terapi« på adskiller sig fra Ferenczis meget dominerende expressive og personlige stil.

Roy Schafer (1983) er den, der har bidraget med den mest nuancerede analyse af modstanden som et interaktionelt fænomen. I artiklen *The analysis of resisting* viser han, hvordan den analytiske holdning indebærer, at tilsyneladende modstands aspekter i patientens adfærd ikke ureflektet skal ses som udtryk for patientens modstand mod analysen. Terapeuten må indtage en bekræftende holdning og betragte sådanne fænomener som indikationer på ubevidst signifikante og konflikтуelle projekter, som kræver tolkning. En sådan holdning vil være i overensstemmelse med den vægt, som Freud lagde på patientens frygt for at »blive rask« og de tidlige skader på patientens ego, som er del af sygdommen og som bl.a. indebærer, at patientens kapacitet for sublimering er begrænset. At have empati for patientens vanskeligheder indebærer at nærme sig dem ikke som en form for opposition, men som en besynderlig eller ubegribelig adfærd, som kræver forståelse. Den opræder af nogle bestemte grunde, som vi må leve os ind i. Dette er også hvad vi må lægge i neutralitetsbegrebet, når det gælder disse former for lidelser – blot at se dem som modstand mod terapiens fremskridt er forenklet og ikke-neutralt. At tolke fænomener som modstand vil være at lukke den analytiske proces frem for at åbne den gennem spørgsmål som: hvorfor er denne til-

syneladende modstand her? hvilke formål tjener den? hvilket materiale introducerer den? hvilke muligheder åbner den?

I artiklen *Resisting and Empathizing* (1983) beskriver Schafer en særlig vanskelig form for modstand, som er direkte underminerende for analytikerens empati. Denne består i at fastfryse terapeutens håbefuldhed, entusiasme og samarbejdsvilje samt evne til at vurdere terapiens fremgang. Patienten gør dette ved at forblive overfladisk, mistænksom, spydig, rigtigt uemotionel, omstændelig osv... Denne form for underminering forbinder Schafer direkte med de infantile faresituationer, som Freud (1926) beskrev: tab af objektet eller objektets kærlighed, kastration og knusende overjægs-fordømmelse. Dødsangst så Freud som reducerbar til disse farer. Hertil føjer Schafer tab eller fragmentering af selvet og ud-sættelse for ens egne infantilt grandiose og persekutoriske fantasier. Ultimativt repræsenterer disse farer total hjælpeløshed og katastrofeangst. Af samme grund er kravet til terapeutens empati et krav om at forstå, at patienten – ubevidst om ikke bevidst – lever i terror.

Det er på basis af disse ubevidste infantile og fantastiske farer, at patienten frygter det perspektiv at ændre sig og »blive rask« – for i terapien forestiller patienten sig, at det at blive rask er en aktualisering af de infantile faresituationer. Patienten har udviklet sin forstyrrede funktionsmåde som en tilpasning til sådanne farer, hvordan skulle han da kunne risikere at »blive rask«. Det er denne desperate fastlåste situation, terapeuten må have empati med og værdsætte patientens forsøg på ikke desto mindre at overleve.

Vi kender fra klinikken mange af disse »lukkede verdener«. Et eksempel er det kasus, jeg præsenterede i de indledende afsnit til denne artikel. Andre eksempler er den overbevisning, at selvet er uværdigt: ikke-elsket, ikke-fortjent noget, ingen ret til livet osv... Ingen, ej heller terapeuten kan synes om patienten, de lader bare som om. En særlig udgave af disse lukkede verdener er de schizoide, depressive, masokistiske eller obsessionelle typer af selvopfattelse.

Som Schafer understreger er det imidlertid forkert at antage, at disse verdener er lukkede i absolut forstand – for hvis det var sådan, ville patienten ikke have kommet i terapi. Der er et håb hos patienten om, at det kunne være anderledes. Og her må terapeuten tage sit udgangspunkt.

Når patienten er så fastlåst, er det ikke alene p.g.a. de infantile faresituationer. Der er også – som Freud pegede på – en binding til sygdommen, en tilfredsstillelse, som udledes gennem lidelsen. Sygdommen er selv-integrativ og den er erotisk og aggressivt tilfredsstillende. Også dette aspekt må terapeuten være empatisk med.

Schafers erfaring er, at modstanden implicerer et hvilket som helst tema, som er vigtigt i patientens lidelse og som analysen derfor ideelt set indebærer. Analysen af modstand falder ifølge denne opfattelse sammen med analysen som helhed. Hermed er vi langt fra en snæver opfattelse af modstand som opposition.

Som det fremgår af både Ferenczis og Schafers analyser af modstanden drejer det sig om at ændre vores forståelse af modstanden som et problem om afdækning af noget hos patienten og i stedet anskue modstanden som et interaktionelt problem, dvs. et problem, som skabes i interaktionen mellem terapeuten og patienten. En fejlagtig eller ikke-sensitiv tilgang til modstandsfænomenet vil ikke alene hindre dennes løsning, men også bidrage til, at modstandsfænomener forstærkes og fastlåser situationen. Terapeutens opgave består i stedet i at åbne det terapeutiske felt til et rum, hvor de fænomener, som optræder som følge af interaktionen, kan anskues som nyskabelser og ikke som problemer, der alene tilhører patienten og hans patologi.

Viderman (1979) har påpeget, hvordan det analytiske arrangement danner et »rum«, hvor det skabende i den analytiske relation kan komme til udfoldelse. For ham drejer det sig ikke om såkaldt »latente« tanker, som findes i patienten og som analysen skal kalde frem. Det drejer sig snarere om en nyskabelse af tanker og mening, omend de har en klangbund i patientens fortid. Det at rummet åbnes giver mulighed for mange forskellige tolkninger af den interaktion, der finder sted, i modsætning til en ensidig tolkning af situationen som værende udtryk for patientens modstand. M.h.t. den tekniske intervention indebærer dette som ovenfor omtalt en analytisk holdning og en neutralitet, som er empatisk med patienten og en interventionsform, som er bekræftende og respektfuld i forhold til den person, patienten er.

Patienter med alvorlige personlighedsforstyrrelser er vokset op i hvad jeg vil kalde et »klaustrofobisk rum«, hvor den personlige udvikling blev fastlåst som en følge af ikke-empatiske eller ikke-holdende omgivelser. Dette førte til skader i jeg'et, tomhedsfølelse og indre destruktivitet; mens vigtige psykiske kapaciteter som evnen til sublimering og en symbolsk identitet aldrig kom til fuld udfoldelse. Den psykiske sårbarhed, som dette bevirker, manifesteres i den terapeutiske relation som det, vi kalder modstand. Men denne modstand skal ikke ses som noget, der kun kommer indefra, men også som noget, der skabes af en terapeut, som ikke tilstrækkeligt har levet sig ind i patientens sårbarhed og som derfor gentager netop det, som er patientens »traume« – nemlig den indespærring i et psykisk begrænset rum, som ikke gav plads for patientens udfoldelse af egen person. Som Ferenczi så det, resulterede traumet i en defensiv omdannelse af patientens psyke.

Den terapeutiske relation er patientens mulighed for »a new beginning«, hvor de defensive strukturer kan opløses og patienten kan begynde at føle sig selv og udvikle nye muligheder for et liv.

Det at rummet »åbnes« – i modsætning til at lukkes gennem gensidige modstandsfænomener – gør det muligt at se den fiktive og symbolske karakter af de analytiske fænomener, frem for at opleve dem på et konkret perceptivt niveau, hvilket vil fordreje den analytiske situation til en magt-

kamp, i stedet for at den terapeutiske relation løfter »striden« til et symbolsk niveau, hvor indsigt og sublimering kan finde sted.

## LITTERATUR

- ABRAHAM, K. (1919). A particular form of neurotic resistance against the psychoanalytic method. I: *Selected Papers on Psycho-Analysis*. London: Karnac Books, 1979.
- BALINT, M. (1968). *The basic Fault. Therapeutic aspects of regression*. London/ New York: Tavistock Publications.
- BLUM, H.P. (1986). The concept of the reconstruction of trauma. I: ROTHSTEIN, A. (ed). *The Reconstruction of Trauma. Its significance in clinical work*. International Universities Press.
- FERENCZI, S. (1919). Zur psychoanalytischen Technik. *Bausteine zur Psychoanalyse. Bd. II*. Bern/Stuttgart: Verlag Hans Huber, 1964.
- FERENCZI, S. (1921). Weitere Ausbau der »Aktiven Technik« in der Psychoanalyse. *Bausteine zur Psychoanalyse. Bd. II*. Bern/Stuttgart: Verlag Hans Huber.,
- FERENCZI, S. (1933). Sprogsammenblanding mellem voksne og barnet. I: MASSON, J. M. (1984). *Angrebet på sandheden*. Bilag C. København: Forlaget Fremad. Oprindeligt publiceret med titlen: Die Leidenschaften der Erwachsenen und deren Einfluss auf Character- und Sexualentwicklung der Kinder i *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 1933, 5-15. Også trykt i *Bausteine zur Psychoanalyse, Bd. 3*. Bern: Hans Huber, 1939.
- FREUD, S. (1896). Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychose. *Gesammelte Werke, Bd. I*.
- FREUD, S. (1912b). Om overføringens dynamik. *Afhandlinger om behandlingsteknik*. København: Hans Reitzels Forlag, 1992.
- FREUD, S. (1914). Om indførelsen af begrebet narcissisme. *Metapsykologi 1*. København: Hans Reitzels Forlag.
- FREUD, S. (1914g). Erindren, gentagen og gennearbejden. *Afhandlinger om behandlingsteknik*. København: Hans Reitzels Forlag, 1992.
- FREUD, S. (1920). Hinsides lystprincippet. I: *Metapsykologi 2*. København: Hans Reitzels Forlag, 1976.
- FREUD, S. (1923). Jeg'et og det'et. *Metapsykologi 2*. København: Hans Reitzels Forlag.
- FREUD, S. (1926). Hemmung, Symptom und Angst. *Gesammelte Werke, Bd. XIV*.
- FREUD, S. (1937c). Den endelige og uendelige analyse. *Afhandlinger om behandlingsteknik*. København: Hans Reitzels Forlag, 1992.
- GABBARD, G.O. & WILKINSON, S.M. (1996). *Borderline behandling og modoverføring*. København: Hans Reitzels Forlag.
- GREEN, A. (1986). Den döda modern. I: Matthis, I. (red). *Gräns och rörelse. Teman i fransk psykoanalys*. Stockholm: Natur och Kultur, 1986.
- GREENSON, R.R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. I: R. Langs (ed.). *Classics in Psychoanalytic Technique*. Jason Aronson, 1990.
- GREENSON, R.R. (1971). The »real« relationship between the patient and the analyst. I. M. Kanzer (ed). *The unconscious today*. New York: International Universities Press.
- HEIMANN, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.
- KILLINGMO, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *International Journal of PsychoAnalysis*, 70, 65-79.
- KILLINGMO, B. (1995). Affirmation in psychoanalysis. *International Journal of PsychoAnalysis*, 76, 503-518.,

- McDOUGALL, J. (1986). Parent Loss. I: ROTHSTEIN, A. (ed.). *The Reconstruction of Trauma. Its significance in clinical work*. International Universities Press.
- MEISSNER, W.W. (1988). *Treatment of patients in the borderline spectrum*. Northvale: Jason Aronson.
- MEISSNER, W.W. (1991). *What is effective in psychoanalytic therapy. The move from interpretation to relation*. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson.
- MODELL, A.H. (1976). »The holding environment« and the therapeutic action of psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 285-308.
- MODELL, A.H. (1990). *Other times, other realities: A theory of psychoanalytic treatment*. Cambridge: Harvard University Press.
- SANDLER, J. (1988). Psychoanalytic technique and »Analysis terminable and interminable«. *International Journal of Psycho-Analysis*, 69, 335-345.
- SANDLER, J., DARE, C., HOLDER, A. (1994). *Patienten og analytikerens. Psykoanalysens kliniske struktur*. København: Hans Reitzels Forlag.
- SCHAFFER, R. (1983). Resisting and Empathizing. I: R. SCHAFFER. *The Analytic Attitude*. London: Karnac Books, 1993.
- SCHAFFER, R. (1983). The analysis of resisting. I: R. SCHAFFER. *The Analytic Attitude*. London: Karnac Books, 1993.
- VIDERMAN, S. (1979). The analytic space: meaning and problems. *Psychoanalytic Quarterly*, 48, 257-291.
- WINNICOTT, D.W. (1956). On transference. I: R. LANGS (ed.). *Classics in psychoanalytic technique*. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson.
- WINNICOTT, D.W. (1960). Ego distortion in terms of true and false self. I. WINNICOTT, D.W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.